



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Genehmigungen Ärzte
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund

Tel.: 0231/9432 3787
Fax: 0231/9432-87054
E-Mail: Genehmigungen-Aerzte@kvwl.de

**Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines
Sicherstellungsassistenten¹ nach
§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV**

1. Allgemeine Angaben

Angaben des Antragstellers

Vertragsarzt, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft (Bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber.)

LANR:

BSNR:

Name:

Vorname:

Facharztbezeichnung:

Vertragsarztsitz (Hauptsitz)

PLZ/Ort:

Straße/Hausnr.:

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

<input type="checkbox"/>	Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ zugelassener Vertragsarzt.
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Ist beabsichtigt, dass mehrere Partner der BAG/des MVZ gemeinsam die Assistenz beantragen?

<input type="checkbox"/>	Ja - dann bitte die weiteren Partner in der beigefügten Anlage 2 eintragen.
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Nein.
--------------------------	-------

<input type="checkbox"/>	Ich bin Bevollmächtigter der BAG (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Ich bin Bevollmächtigter des MVZ (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

2. Antragsteller

Der Assistent soll folgendem Vertragsarzt zugeordnet werden:

<input type="checkbox"/>	dem Antragsteller persönlich
--------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/>	dem folgenden angestellten Arzt:
--------------------------	----------------------------------

LANR:		BSNR:	
-------	--	-------	--

Name:	
-------	--

Vorname:	
----------	--

3. Assistent

3.1 Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung von

Name:	
-------	--

Vorname:	
----------	--

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
---------------	--	-------------	--

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
-------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

3.2 Qualifikation des Assistenten (sind dem Antrag in Fotokopie beizufügen)

<input type="checkbox"/>	Deutsche Approbation
--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	Facharztanerkennung als:	
--------------------------	--------------------------	--

3.3 Zeitraum und Umfang der Beschäftigung

Zeitraum:	von:		bis:	
------------------	------	--	------	--

Umfang:	<input type="checkbox"/>	ganztags		
	<input type="checkbox"/>	halbtags		
	<input type="checkbox"/>	stundenweise		Std./Woche

3.4 Grund der Antragstellung

3.4.1	<input type="checkbox"/>	Ehrenamtliche berufspolitische Tätigkeit Ein detaillierter Nachweis der Art und des jeweiligen Zeitaufwandes der berufspolitischen Tätigkeit (Anlage 1) sind beizufügen.
-------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.4.2	<input type="checkbox"/>	Gesundheitliche Gründe Eine ärztliche Bescheinigung ist beizufügen.
-------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------

3.4.3	<input type="checkbox"/>	Einarbeitung in den Praxisablauf aufgrund (max. 6 Monate)
-------	--------------------------	-----------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	geplanter Gründung oder Erweiterung einer BAG.
--------------------------	------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	geplanter Praxisübernahme.
--------------------------	----------------------------

<input type="checkbox"/>	geplanter Anstellung in der BAG.
--------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/>	geplanter Anstellung im MVZ.
--------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/>	geplanter Anstellung in der Vertragsarztpraxis.
--------------------------	-------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Der jeweilige Antrag liegt dem Zulassungsausschuss bereits vor.
--------------------------	------------------------------------------------------------------------

3.4.4	<input type="checkbox"/>	Pflege eines nahen Familienangehörigen in häuslicher Umgebung (Zeitraum 6 Monate) Bei Verlängerung der Genehmigung (max. bis zu zwei Jahre) ist die Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse bzw. des MDK bzw. anderer entsprechender Nachweise erforderlich sowie eine ergänzende Begründung, z. B. auch zur Prognose der weiteren Entwicklung abzugeben.
-------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.4.5	<input type="checkbox"/>	Erziehung eines Kindes (max. 36 Monate) Geburtsurkunde des Kindes sowie die Mitteilung, ob bereits Erziehungszeit in Anspruch genommen wurde, sind beizufügen.
-------	--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.4.6	<input type="checkbox"/>	Vertragsärzte in der Funktion als programmverantwortlicher Arzt (PVA) im Mammographie-Screening Der Sicherstellungsassistent wird in einem Umfang genehmigt, der dem zeitlichen Aufwand im Rahmen des Mammographie-Screenings entspricht.
-------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wichtige Hinweise:

Der Assistent darf erst dann vertragsärztlich tätig werden, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Bearbeitungszeiten, die bis zu vier Wochen betragen können und planen diesen Umstand entsprechend ein.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des
Vertragsarztes /
Vertretungsberechtigten der BAG
/ des MVZ's

Bei Antragstellung für einen angestellten Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten
Arztes

**Anlage 1
für die berufspolitische Tätigkeit**

Gremium	Tätigkeit	Sitzungen pro Jahr	Vorbereitungszeit je Sitzung (Stunden je Woche)

Dauer der Fahrzeiten je Sitzung:	
----------------------------------	--

Die ehrenamtliche Tätigkeit umfasst insgesamt eine wöchentliche Arbeitsbelastung von mehr als		Stunden.
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------

Anlage 2

Diese Anlage ist nur auszufüllen, wenn mehrere Partner der BAG gemeinsam die Assistenz beantragen.

Nachfolgend aufgeführte Partner der BAG sind weitere Antragsteller
(ggf. weitere Antragsteller mit gesondertem Schreiben mitteilen)

1. Weiterer Antragsteller

LANR:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers

2. Weiterer Antragsteller

LANR:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers

3. Weiterer Antragsteller

LANR:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers